



California  
Department of  
Health Services

**SANDRA SHEWRY**  
Director

State of California—Health and Human Services Agency  
**Department of Health Services**



**ARNOLD SCHWARZENEGGER**  
Governor

15 de noviembre de 2006

Estimado Cliente de ADAP:

Usted ha sido identificado como una persona con derecho a Medicare durante el 2007. Como probablemente lo experimentó en el 2006, el Medicare Parte D es un beneficio complicado que exige muchas decisiones de su parte para recibir la cobertura de medicamentos que mejor satisfaga sus necesidades. Una vez más, ADAP podrá ayudarle con los desembolsos. Por favor léa minuciosamente el siguiente material ya que ADAP intenta delinear cuales pasos deberá tomar para mantener su cobertura de medicamentos por ADAP y Medicare durante el 2007.

#### **Nuevo Año del Plan Medicare Parte D:**

El Medicare Parte D opera en base de un plan anual. Esto significa que la estructura de los Planes Parte D disponibles puede cambiar cada año. Los cambios de plan podrían incluir: las listas de medicamentos cubiertos; los pasos de autorización necesarios para lograr cierto medicamento; y/o los desembolsos del cliente. Además, el plan en que usted se encuentre registrado podría no estar disponible en el 2007. Debido a que los planes Parte D pueden cambiar considerablemente cada año, es muy importante que usted **revise cuidadosamente sus opciones en el Plan de Medicare Parte D** para asegurar que el plan seleccionado para el 2007 será el apropiado para sus necesidades.

Por favor préstele much atención a su correo durante las semanas próximas ya que podría recibir varios avisos importantes de Medicare. Su plan actual de medicamentos Parte D le enviará por correo un aviso informándole sobre cualesquier cambios que el plan anticipe para el 2007. Además, también podría recibir avisos sobre cambios a su derecho al Subsidio de “Ayuda Extra” por Bajos Recursos (LIS).

Otro aspecto importante del plan anual de Medicare Parte D es el hecho de que se le permite registrarse en un nuevo plan de medicamentos para el 2007 durante un período abierto de registro de seis semanas, del **15 de noviembre de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2006**. Este período de registro es considerablemente más corto que el año pasado. **La cobertura del plan nuevo entrará en vigencia el 1º de enero del 2007**. Es importante que inicie inmediatamente el proceso de selección de un plan

debido al período limitado de registro. **Medicare aconseja a los beneficiarios que completen su registro a más tardar el 8 de diciembre del 2006 para asegurar que su nuevo plan de cobertura de medicamentos de Medicare quede situado para el 1º de enero del 2007.**

Las leyes estatales y federales siguen exigiendo que todos los clientes de ADAP con derecho a Medicare se inscriban en un plan Medicare Parte D, exceptuando los individuos con derecho a Medicare que puedan demostrar que tienen cobertura comparable o mejor que la de Medicare Parte D. Esta cobertura comparable también se conoce como "Cobertura Acreditada." Los clientes de ADAP que no se registren en un plan Parte D porque tienen cobertura acreditada, están obligados a suministrarle su Certificado de Cobertura Acreditada para el 2007 a su Trabajador/a ADAP de Registro para continuar con su ayuda ADAP.

#### **ADAP y Medicare Parte D:**

En el 2007, ADAP seguirá abonándole a Medicare Parte D los deducibles, co-seguro, y desembolsos por los medicamentos que figuren en la lista formularia de los medicamentos que cubre ADAP. ADAP también seguirá cubriendo a los clientes durante el intervalo en la cobertura Medicare Parte D también conocido como "doughnut hole." Como beneficio nuevo en 2007, ADAP pagará las primas de Medicare Parte D por ciertos clientes de ADAP. Este nuevo programa piloto bajo ADAP se llama "**Programa Para Pago de Primas de Medicare Parte D.**"

El "Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D" estará disponible para los clientes de ADAP que tengan la obligación de pagar primas Parte D porque no tienen derecho al pago de sus primas por el Subsidio Completo por Bajos Ingresos (o "LIS," un beneficio federal). Los clientes de ADAP interesados en recibir ayuda con el pago de primas tendrán que llenar y enviar por fax o correo la solicitud adjunta al California Department of Health Services (Departamento de Servicios para la Salud). El Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D no se solicita por medio de su Trabajador/a de Registro ADAP. La solicitud **tiene que enviarse directamente por correo o por fax** al programa ADAP.

**California Department of Health Services  
ADAP Section  
MS 7704  
P.O. Box 997426  
Sacramento, CA 95899-7426  
enviar por fax  
(916) 449-5883**

Unicamente aquellos clientes que no tengan las primas subsidiadas (que estén obligados a desembolsar el pago de las primas) y que quieran participar en el programa piloto de pago de primas, tendrán que presentar la solicitud a ADAP. Para aquellos clientes de ADAP que se registren bajo Medicare en un MAPD (o sea, Senior Advantage Managed Care), es posible que ADAP pueda pagar la porción de esa prima correspondiente a las recetas Parte D (recetas). Es obligación del cliente pagar la porción de la prima correspondiente a la Parte B (médica y de paciente externo). ADAP no seguirá pagando la porción de la prima de la Parte D si el cliente no cumple con su obligación de pagar la Parte B.

### **Cosas que usted debe hacer:**

ADAP reconoce que el proceso de escoger un plan Medicare Parte D puede causar mucha confusión. Es importante que comience inmediatamente el proceso de entender su beneficio de la Parte D para el 2007. Si tiene dificultades para entender sus opciones de beneficio, no se sienta solo. Le aconsejamos buscar ayuda inmediatamente por medio de las fuentes de ayuda incluidas en este paquete. La siguiente es una lista de los pasos básicos para ayudarle durante el proceso:

- 1) **Revise su correspondencia cuidadosamente:** El Medicare y su plan actual de medicamentos le enviarán avisos importantes con respecto a sus beneficios Parte D para el 2007. Se esperan muchos cambios en los planes del 2007, así que vigile los cambios que podrían afectarle.
- 2) **Período Abierto de Registro para Medicare Parte D:** El período abierto de registro será del **15 de noviembre al 31 de diciembre del 2006**. Revise sus opciones para el plan del 2007 para asegurar que se registre en el plan Parte D que mejor satisfaga los requisitos de sus medicamentos. El Medicare ofrece fuentes de ayuda en línea para ayudarle a seleccionar su plan basado en los medicamentos que necesite actualmente. La herramienta "Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas" se encuentra disponible en el sitio web de Medicare: [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) (se le ofrecen informes en español). También debe averiguar con el encargado de su caso local, u otros proveedores de servicios, si ellos pueden ayudarle con el proceso de selección de un plan.
- 3) **Subsidio Completo de "Ayuda Extra" por Bajos Ingresos (LIS):** Revise las categorías en esta carta de Medicare Parte D "Ayuda Extra" (LIS) para determinar lo que debe hacer a fin de asegurar que reciba el LIS en el 2007.

Cliente ADAP

Página 4

15 de noviembre de 2006

- 4) **Cobertura Acreditada:** Si tiene cobertura acreditada de medicinas y no quiere registrarse en un plan Medicare Parte D, por favor llévele a su Trabajadora de Registro ADAP una copia de su certificado de cobertura acreditata para el 2007.
- 5) **Averigüe en el Sitio web de ADAP:** [www.dhs.ca.gov/ps/ooa](http://www.dhs.ca.gov/ps/ooa) para la información (en inglés) actualizada referente a Medicare Parte D. También puede llamar a la línea telefónica de ADAP Medicare Parte D, (916) 449-5993, sobre asuntos relacionados con ADAP Parte D. Sus preguntas serán remitidas al personal apropiado y le será devuelta su llamada. Se ofrece ayuda en español.

**Opcional:**

“Programa Para Pago de Primas de Medicare Parte D,” bajo ADAP: Si le interesa recibir ayuda de ADAP con el pago de primas del Medicare Parte D, tiene que; 1) inscribirse en un plan Medicare Parte D, y 2) presentar ante el programa ADAP la solicitud “ADAP/Medicare Parte D, Programa para Pago de Primas” y la “Declaración del Cliente” que se adjuntan . NOTA: Si usted escoge inscribirse en un plan de Salud Medicare Advantage (“Senior Advantage Managed Care), bajo el cual recibe medicamentos (MAPD), ADAP podría ayudarle a pagar **ÚNICAMENTE** la porción de la prima que corresponde a la Parte D (los medicamentos). A usted le tocará pagar la porción que corresponda a la Parte B de la prima (el cuidado médico).

Finalmente, debido a que ADAP reconoce que el Medicare Parte D es un beneficio extremadamente complicado, hemos agregado una lista de fuentes de ayuda para asistirle durante el período abierto de registro. Si necesita ayuda, por favor no se espere en comunicarse con cualquiera de las agencias apropiadas de la lista de fuentes de ayuda (ver adjunto).

Muchas gracias por su cooperación mientras avanzamos por el camino de Medicare Parte D.

Sinceramente,

Kathleen Russell, Jefe  
Sección ADAP

adjuntos

## Registro y Selección del Plan Medicare Parte D

Durante el período de registro abierto (del 15 de noviembre al 31 de diciembre), se le permite seleccionar e inscribirse en un Plan de Medicare Parte D para medicamentos a todas las personas con derecho a los beneficios. Igual que el año pasado, ciertos beneficiarios automáticamente quedarán inscritos en algunos programas. Las siguientes categorías señalan los procedimientos del registro basándose en la situación particular de los beneficios suyos. Si no está seguro sobre la categoría que le corresponde a la situación suya, por favor pídale ayuda a una de las fuentes que se recomiendan en la lista de fuentes de ayuda.

### **A. Tiene Derecho a Medicare Parte D pero no tiene derecho a Medi-Cal ni al Subsidio por Bajos Ingresos (LIS):**

Tiene que inscribirse en un plan Parte D durante el período abierto de registro. Medicare le recomienda inscribirse en un plan a más tardar el 8 de diciembre de 2006 para asegurar su cobertura a partir del 1º de enero del 2007. Es importante que revise minuciosamente todas las opciones de los planes ya que usted será retenido dentro del plan que escoja durante todo el año (corresponden algunas excepciones). Si no actúa y no se inscribe en un plan de medicamentos Parte D durante el período abierto de registro, automáticamente permanecerá en su plan del 2006, siempre y cuando el plan exista en el 2007.

**Nota:** Usted es eligible a recibir ayuda de ADAP para el pago de primas. Si necesita ayuda con las primas de su Parte D, por favor llene la solicitud y la Declaración del Cliente que se juntan. Si actualmente está inscrito en un plan Parte D y se le dedusen las primas automáticamente de su cheque del Seguro Social, por favor descontinúe esa opción para que ADAP pueda pagar sus primas directamente al plan Parte D que usted seleccione para el 2007.

### **B. Tiene Derecho a Medicare Parte D y a Medi-Cal sin contribuir al costo mensual (SOC):**

Medicare lo inscribirá automáticamente en un Plan Parte D de costo promedio, también conocido como “Benchmark plan” (o punto de referencia). Si Medicare lo inscribió automáticamente en uno de los siguientes planes “benchmark” del 2006, su plan cambió y ahora se le asignará un nuevo plan para el 2007:

- AARP Medicare RX (se le asignará AARP Medicare RX Plan Saver).
- Healthnet Orange 008 (se le asignará Healthnet Orange 002).
- PacifiCare Silver Plan (se le asignará AARP Medicare RX Plan Saver).
- United Health RX (se le asignará AARP Medicare RX Plan Saver).

Si Medicare lo inscribió automáticamente en uno de los planes “benchmark” del 2006 que no aparece arriba, usted quedará inscrito en el mismo plan para el 2007. Debe recibir notificación que le identifica el plan en el que usted quedará inscrito para el 2007.

Tiene derecho a cambiar el plan si descubre que Medicare lo inscribió en un plan que no satisface sus necesidades. Si escoge un cambio para salirse del plan asignado automáticamente, revise cuidadosamente la selección de su nuevo plan para evitar aumento en los desembolsos.

**Nota:** Usted no tiene que pagar primas Parte D y no tiene que solicitar la ayuda de ADAP con el pago de primas.

### **C. Tiene Derecho a Medicare Parte D y a Medi-Cal con una contribución al costo mensual (SOC):**

Los procedimientos de registro cambiarán para ciertas personas que recibieron Medicare y Medi-Cal con una contribución al costo en 2006:

- Quedará automáticamente inscrito en un plan Parte D si usted hizo gastos por su contribución mensual al costo Medi-Cal SOC (definición: usted pagó o se le facturó por su SOC por lo menos en un mes entre julio y diciembre del 2006).

**Nota:** No tiene que pagar primas Parte D y no tiene que solicitar ayuda de ADAP para el pago de las primas.

- Si usted **no incurrió en gastos** por su contribución SOC por lo menos en un mes entre julio y diciembre del 2006, **no será considerado con derecho** a los beneficios completos de Medi-Cal y, a diferencia del año 2006, **no quedará inscrito** automáticamente en un plan Parte D. Como resultado, tendrá que inscribirse usted mismo en un plan Medicare Parte D durante el período abierto de registro.

**Nota:** Usted es eligible para recibir ayuda de ADAP para el pago de primas. Si necesita ayuda con sus primas Parte D, por favor llene la solicitud y la Declaración del Cliente que se adjuntan.

Si no hace nada, se le asignará nuevamente a su plan del 2006. El hecho de no hacer nada, le podría costar caro debido a que su plan del 2006 pudo haber cambiado desde que se registró; por consiguiente, se le recomienda firmemente que seleccione cuidadosamente su plan para el 2007 durante el período abierto de registro y así evitar cambios tales como desembolsos más altos.

### **D. Tiene Derecho a Medicare Parte D y actualmente recibe ayuda de:** **1) Subsidios por Bajos Ingresos (LIS) y no está inscrito en Medi-Cal, o** **2) Programa de Ahorros de Medicare (QMB, SLMB o QWI1):**

Si no se inscribe en un plan durante el período abierto de registro, Medicare le facilitará su registro en un plan “benchmark” (punto de referencia) de costo promedio. Se le recomienda seleccionar su propio plan durante el período abierto de registro porque el plan de registro facilitado talvez no satisfaga las necesidades particulares para sus medicamentos. Si el registro suyo fuese facilitado en uno de

los planes enumerados en el B arriba, le correspondería la misma información con respecto a la reasignación.

**Nota: Programa de Ahorros de Medicaid** – Usted no tiene que pagar primas Parte D y no tiene que solicitar la ayuda de ADAP para el pago de primas.

**Subsidio por Bajos Ingresos (LIS)** - Usted podría tener derecho a la ayuda de ADAP para el pago de primas. Si necesita ayuda con sus primas Parte D, por favor llene la solicitud y la Declaración que se adjuntan.

**E. Tiene Derecho a Medicare Parte D y está inscrito en un plan de seguros que Medicare considera como “Cobertura Acreditada:”**

Si escoge no inscribirse en un plan Parte D de Medicare porque puede demostrar que tiene cobertura para los medicamentos que sea comparable o mejor que Medicare Parte D (o sea, “Cobertura Acreditada”), debe comunicarse con su administrador de seguros para obtener un “Certificado de Cobertura Acreditada”. Algunos administradores de seguros incluyen el certificado en el manual del plan del 2007 o en un folleto que ellos le envían por correo. Los clientes ADAP que no se inscriban en un plan Parte D porque tienen cobertura acreditada están obligados a suministrarle a su Trabajador/a de Registro ADAP el Certificado de Cobertura Acreditada para el 2007.

**Nota:** Usted no tiene que pagar primas Parte D y no tiene que solicitar ayuda con el pago de las primas.

**MEDICARE PARTE D “AYUDA EXTRA,” SUBSIDIO POR BAJOS INGRESOS**

ADAP requiere que casi todos los clientes ADAP que tengan derecho a beneficios Medicare Parte D soliciten “Ayuda Extra” (LIS). El derecho a LIS reduce considerablemente los costos que el plan Parte D tiene permitido cobrarle al cliente. El derecho a LIS asegura que a usted le correspondan los desembolsos más bajos por medicamentos que talvez no aparezcan en la lista formularia ADAP y ayuda a compensar el costo de las primas que ADAP paga por su beneficio de Medicare Parte D.

Estos procedimientos de solicitud para LIS son distintos a los del año pasado. Por favor revise las siguientes categorías para determinar lo que debe hacer:

**1. Usted no recibió LIS en el 2006:**

Los individuos que no recibieron LIS en el 2006 deben solicitar la ayuda para el 2007; para hacerlo, vaya a la oficina local del Seguro Social, pida una solicitud por teléfono (800) 772-1213, o solicítela en línea en el [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov). El Seguro Social tomará unas pocas semanas para tramitar su solicitud y le notificará por correo sobre el derecho que usted tenga. Una vez que reciba el aviso de la resolución de su LIS, por favor llévele el aviso a su Trabajador/a de Registro ADAP.

**2. Usted recibió LIS en el 2006 y no tiene derecho a Medi-Cal:**

Los individuos que recibieron LIS en el 2006 pasarán por un proceso de reviso para determinar si deben continuar recibiendo LIS. La Administración del Seguro Social inició en agosto el envío de las cartas de redeterminación. Si no ha tenido ningún cambio en sus ingresos, bienes, o estado civil, no tiene que hacer nada y tiene derecho a recibir LIS en el 2007. Si tuvo algún cambio en sus ingresos, bienes, o estado civil, el Seguro Social le pedirá que llene una breve forma para la resolución del LIS.

**3. Usted tiene derecho tanto a Medicare como a Medi-Cal sin SOC (Medi-Cal gratis).**

Tendrá derecho al LIS completo y quedará registrado en el LIS automáticamente. No tiene que tomar ninguna medida.

**4. Usted tiene derecho a Medicare y a Medi-Cal y tiene un Medi-Cal SOC en el 2006:**

El derecho al LIS para las personas que reciben Medi-Cal con SOC podría cambiar considerablemente en el 2007. Su derecho al LIS se basa en el momento en que usted incurrió el gasto de Medi-Cal SOC en el 2006 (pagó o se le facturó el costo por lo menos en un mes) . Básicamente, si usted incurrió su Medi-Cal SOC entre julio y diciembre del 2006, automáticamente tendrá derecho al LIS completo. Si no incurrió su Medi-Cal SOC entre estos meses, no quedará automáticamente acreditado para el LIS. Debió recibir un aviso en septiembre del 2006 notificándole de cualesquier cambios que se anticipen a su derecho al LIS. Si supone que no está acreditado para recibir el LIS automáticamente porque quizás no satisface su Medi-Cal SOC en ningún mes entre julio y diciembre del 2006, es de orden crítico solicitar el LIS por medio de la administración del Seguro Social. Para hacerlo, vaya a la oficina local del Seguro Social, pida una solicitud por teléfono (800) 772-1213, o solicítela en línea en el [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov). El Seguro Social tomará unas pocas semanas para tramitar su solicitud y le notificará por correo sobre el derecho que usted tenga. Una vez que reciba el aviso de la resolución de su LIS, por favor llévele el aviso a su Trabajador/a de Registro ADAP.

ADAP reconoce que puede ser extremadamente complicado entender su derecho al LIS para el 2007. Es muy importante que usted solicite y reciba cualquier LIS a su disposición para evitar costos inesperados en los medicamentos durante el 2007. La página siguiente contiene una lista de fuentes disponibles para ayudarle a entender como registrase en un plan Parte D para el 2007 y/o su derecho al LIS en el 2007.

## Lista de Fuentes de Ayuda con el Medicare Parte D

### **Medicare:**

El sitio web (disponible en español) incluye información general sobre la Parte D, incluyendo enlaces a herramientas importantes que pueden ayudarle con el proceso de selección de un plan de medicamento Parte D.

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

(800) Medicare (633-4273)

### **Administración del Seguro Social:**

El sitio web (disponible en español) incluye información sobre el Subsidio de “Ayuda Extra” por Bajos Ingresos, incluyendo enlaces a la solicitud para el Subsidio por Bajos Ingresos. También puede solicitar el Subsidio por Bajos Ingresos personalmente en la oficina local de la Administración del Seguro Social o por teléfono.

[www.ssa.gov](http://www.ssa.gov)

(800) 772-1213

### **Asesoría sobre los Seguros de Salud y Programa de Apoyo (Advocacy) (HICAP):**

Agencias locales prestan asesoría relacionada con todos los asuntos de Medicare, incluyendo Medicare Parte D. Hay oficinas en cada condado. Visite el sitio web o comuníquese con el número abajo para localizar la oficina en su condado.

[www.aging.state.ca.us/html/program/hicap.html](http://www.aging.state.ca.us/html/program/hicap.html)

(800) 434-0222

### **Cal-Medicare:**

El sitio web incluye información concreta sobre Medicare Parte D de California y un enlace a todas las HICAP (ver arriba) en cada condado.

[www.calmedicare.org](http://www.calmedicare.org)

### **California ADAP:**

El sitio web (ciertos informes se ofrecen en español) incluye información actualizada sobre las normas de ADAP/Medicare Parte D e información sobre la solicitud para el nuevo “Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D” bajo ADAP.

[www.dhs.ca.gov/ps/ooa](http://www.dhs.ca.gov/ps/ooa)

(916) 449-5993

### **Public Health Service Bureau:** (Oficina de Servicios de Salud Pública)

Esta empresa de administración de beneficios de farmacia tiene contrato con ADAP para conducir la administración diaria del ADAP de California. El sitio web (disponible en español) incluye enlaces con la lista de medicinas en el formulario del ADAP, los sitios de registro del ADAP, e información sobre la red de farmacias del ADAP.

[www.phsb.com](http://www.phsb.com)

### **National Health Law Program:** (Programa de la ley de salud nacional)

El sitio web incluye un enlace a una nueva guía importante de fuentes de ayuda, “Medicare Parte D y Dual Eligibles” (que tienen derecho a dos programas): A Guide for California Advocates” (Una guía para defensores en California).

[www.healthlaw.org](http://www.healthlaw.org)

**ADAP/MEDICARE PARTE D**  
**Programa para Pago de Primas**  
**Declaración del Cliente**

Esta solicitud es necesaria únicamente si le corresponde desembolsar los costos de una prima de Medicare Parte D en el 2007 y desea ayuda con el pago. Las siguientes declaraciones de derecho y principios le corresponden a todos los solicitantes para el nuevo “Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D” bajo ADAP. Por favor léa cada declaración detenidamente. Previo a la entrega de su solicitud, cualesquier preguntas deben dirigirse a la línea telefónica de ADAP/Medicare Parte D, al (916) 449-5993 (asistencia en inglés y español), o a su Trabajador/a de Registro ADAP.

**Por favor léa cada declaración y marque cada cuadro para indicar que entiende y reúne el requisito.**

**Elegibilidad:**

Para ser elegible para el “Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D” bajo ADAP, debe cumplir con los siguientes requisitos:

Estoy inscrito actualmente en el ADAP de California. Entiendo que debo seguir cumpliendo con todos los requisitos del ADAP para recibir ayuda con el pago de primas de Medicare Parte D.

Entiendo que para poder participar en el Programa para Pago de Primas, es requisito que me registre para el 2007 en un plan de Medicare Parte D o en un plan Senior Advantage Managed Care (Plan de Salud de Medicare) con beneficio de recetas médicas (MAPD).

Entiendo que el Programa para Pago de Primas no puede pagar las multas por registro tardío en un plan de Medicare Parte D. Yo seré responsable por el pago de tales multas. El no cumplir con la porción del pago mensual que me corresponda (la multa) podría resultar en la pérdida de cobertura bajo mi plan de medicamentos de Medicare Parte D.

Entiendo que no tengo derecho al Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D cuando me corresponda el derecho al **Subsidio Completo Medicare** de “Ayuda Extra” por **Bajos Ingresos (o LIS, un beneficio federal)**. Medicare cubre las primas completas de personas que tienen derecho al Subsidio Completo por Bajos Ingresos (LIS).

**Normas Generales:**

Acepto proporcionar información completa y correcta sobre mi plan de medicamentos Medicare Parte D.

Acepto reportar inmediatamente cualesquier cambios relacionados con mi plan de medicamentos de Medicare Parte D, sobre mi derecho al programa ADAP, mi domicilio y número de teléfono, al Programa para Pago de Primas.

Entiendo que es mi responsabilidad verificar que mi plan Medicare Parte D haya sido recibido y me haya acreditado cualesquier primas pagadas por el Estado de California a favor mío. Si las primas no fueron recibidas o acreditadas por el plan Parte D, podría perder mi cobertura de medicamentos bajo el plan Medicare Parte D.

Entiendo que el Programa para Pago de Primas puede pagar mis primas de Medicare Parte D con varios meses de adelanto. Por consiguiente, para evitar la posibilidad de sobrepagos, reportaré inmediatamente cualesquier cambios en mi plan o sobre mi elegibilidad al Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D.

**ADAP/MEDICARE PARTE D**  
**Programa para Pago de Primas**  
**Declaración del Cliente**

Entiendo que si estoy inscrito en un Plan de Salud Medicare que cubre recetas médicas (MAPD), tal como Senior Advantage Managed Care, y el Programa para Pago de Primas es quien paga la Parte D por mis recetas, entonces es mía la responsabilidad de pagar la porción de la prima correspondiente a la Parte B (médico y paciente externo). Si no cumplo con mi obligación de pagar la prima de la Parte B y se cancela mi participación en MAPD, ya no tendré derecho al ADAP y quedaré fuera del programa.

Si recibo reembolsos de primas de mi Plan Parte D que hayan sido pagadas por el Estado de California, acepto devolverlos inmediatamente al ADAP. Los reembolsos de primas tienen que endosársele al Estado de California y enviarse por correo a:

California Department of Health Services  
Attention: ADAP Section  
MS 7704  
P.O. Box 997426  
Sacramento, CA 95899-7426

El incumplimiento con la devolución al estado de los pagos de primas resultará en la pérdida permanente al derecho de ayuda con el pago de primas en el futuro. Por favor dirija sus preguntas sobre los reembolsos a la línea telefónica de ADAP/Medicare Parte D al (916) 449-5993.

Entiendo que debo pedir que mi plan de Medicare Parte D facture las primas directamente a mi para el 2007. Entiendo que el incumplimiento con la selección de esta opción de facturación directa puede resultar en pago de prima mensual doble, el pago por parte de ADAP y además el pago de prima mensual deducido de mi cheque del Seguro Social. Cualquier pago excesivo, tal como cualquier pago de prima que se dedusca de mi cheque mensual del Seguro Social, es responsabilidad mía y estoy obligado a establecer arreglos para su reembolso directamente con el Seguro Social.

Entiendo que el Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D no tiene autorización para hacerme los pagos directamente a mi. Todas las primas serán pagadas directamente a mi plan de Medicare Parte D.

**Declaración: He leído este documento cuidadosamente y entiendo las estipulaciones arriba enumeradas y estoy de acuerdo con las mismas. Entiendo que el incumplimiento con todas las normas del Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D (ofrecido bajo ADAP) podría resultar en la pérdida de cobertura de medicamentos mediante mi plan de Medicare Parte D. Entiendo que las primas de mi Medicare Parte D pueden pagarse por adelantado por el resto del año, a menos que se indique lo contrario. Estoy de acuerdo en permitir que se comparta información entre el plan Medicare Parte D que yo escoja y el Estado de California para facilitar el pago de mis primas Parte D.**

**Nombre del Solicitante  
en Letra de Molde**

**Firma del Solicitante**

**Fecha**

## ADAP/MEDICARE PARTE D Programa para Pago de Primas

Por favor escriba claramente en letra de molde y responda completamente a todas las preguntas. Las instrucciones están al reverso. El no suministrar información legible o completa atrasará el proceso de su solicitud y podría demorar la ayuda con el pago de primas Parte D. Las solicitudes incompletas serán devueltas.

¿Tiene derecho actualmente al Medi-Cal sin costo mensual?  Sí  No  Desconozco

¿Tendrá Ud. derecho al Subsidio Medicare Parte D Completo por Bajos Ingresos en 2007?  Sí  No  Desconozco

Si respondió "Sí" a cualquiera de los dos preguntas de arriba, usted **no tiene derecho** a este programa y Medicare le cubrirá el costo de su prima mensual.

### I. Información Demográfica:

Nombre y Apellido		Número del Seguro Social		Apellido Materno	
Dirección (Número, Calle)		Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Dirección Postal (si es distinta a la de arriba)		Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Número de Teléfono (Casa)	Número de Teléfono (Celular)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/año)			
( )	( )	Mes	Día	Año	

### II. Información de Registro ADAP:

Nombre del Trabajador de Registro ADAP	Lugar de Registro ADAP
--	------------------------

### III. Información del Plan de Medicamentos Medicare Parte D

He completado el registro en la siguiente PDP o MAPD para 2007 \_\_\_\_\_ PDP \_\_\_\_\_ MPD \_\_\_\_\_  
(marque uno)

### Información de Pago

Efectuar pago a (Nombre del Plan Parte D)	Número de Teléfono ( )	Persona de Contacto			
Dirección (Número, Calle)	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de identificación de impuestos federales del Plan Parte D (si lo sabe)	

Cantidad de la Prima

\$ \_\_\_\_\_ (mensual)

Fecha de Registro en el Plan Medicare Parte D	Número de Confirmación de Registro	Número de Identificación del Miembro en el Plan Medicare Parte D (si está disponible)
Mes    Día    Año		

Adjunte copia de su factura de Medicare Parte D correspondiente a la cobertura de enero 2007 (si está disponible)

### IV. Información del Plan del Año Anterior:

¿Estuvo inscrito en un plan Medicare Parte D en 2006? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si estuvo, ¿cuál era el nombre del plan de medicamentos? \_\_\_\_\_

Si no estuvo, ¿tuvo cobertura acreditada en 2006? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Fecha en que empieza el derecho a Medicare

Mes	Día	Año

Sírvase notar que para cumplir con la Ley Federal de Privacidad (42 USC, Sección 552) el número de su Seguro Social, y cualquier otro dato que suministre, podría utilizarse para contactar a los planes de recetas de medicamentos de Medicare Parte D, a los Centros para Servicios de Medicaid y Medicare (CMS), y a la Administración del Seguro Social con respecto a asuntos relacionados con sus Pagos de Primas de Medicare Parte D. Conforme con el Código de Instituciones y Ayuda Pública de California, Sección 14100.2, se considera confidencial cualquier dato presentado.

Reconozco que ésta es una solicitud únicamente para ayuda con el pago de primas Parte D para el 2007, y que cualesquier otros servicios recibidos bajo el beneficio de Medicare Parte D, tienen que solicitarse por separado y directamente a Medicare o a su plan de recetas de medicamento Medicare Parte D. Los beneficios recibidos bajo el programa Medicare Parte D Subsidio de "Ayuda Extra" por Bajos Ingresos tienen que solicitarse a la Administración del Seguro Social.

Con mi firma declaro que acepto participar en el Programa de Ayuda para el Pago de Primas de Medicare Parte D, que tengo mi registración activa en el ADAP de California, y que acepto cumplir con todos los requisitos relacionados con la recertificación anual de mi registro ADAP.

Nombre del Solicitante (en letra de molde)

Firma

Fecha

*SOLAMENTE PARA EMPLEADOS DEL ESTADO*

Premium Penalty Amount (if applicable) \$ \_\_\_\_\_

**ADAP/MEDICARE PARTE D**  
**Programa para Pago de Primas**  
**Instrucciones para la solicitud**

**Sección I. Información Demográfica:**

Anote su nombre y apellido, el número del Seguro Social que aparece en su tarjeta de Medicare, y su apellido materno (ADAP requiere estos datos para mantener la solicitud suya en el sistema de datos del programa). Anote su domicilio y la dirección postal donde quiere que se le envíe el aviso de aprobación o denegación de esta solicitud. Por favor anote el número de teléfono donde se le puede localizar durante el día si tenemos preguntas. Anote su fecha de nacimiento.

**Sección II. Información de Registro en ADAP:**

Anote el nombre de su Trabajador/a de Registro ADAP y el sitio que utiliza usted para los servicios de registro ADAP. Si no recuerda el nombre de su Trabajador/a de Registro ADAP, por favor suministre el nombre de su sitio ADAP y la ciudad donde está ubicado el sitio.

**Sección III. Información del Plan de Medicamentos Medicare Parte D:**

Anote el nombre completo de su plan, ya sea del plan Medicare privado de recetas (PDP) o el plan Medicare Advantage (MAPD). Asegúrese de incluir el nombre completo de su plan de medicamentos, ya que una compañía puede ofrecer más de un plan Parte D. Verifique si el plan suyo es un PDP o MAPD.

*“Nombre y Dirección del Plan Medicare Parte D para los pagos”:* Suministre información sobre la dirección de facturación y número de teléfono de su plan para medicamentos e incluya el nombre de la persona de contacto del plan, si lo sabe.

*“Número de Identificación de Impuestos Federales del Plan Parte D”:* Este es el número de identificación (ID) de impuestos federales del Plan que se requiere para que el estado emita un pago a favor suyo. Póngase en contacto con el departamento de atención al cliente u oficina de facturación de su Plan para obtener el número de impuestos federales apropiado.

*“Cantidad de la Prima”:* Indique la cantidad de la prima a pagar mensualmente. Si tiene copia de su factura, por favor inclúyala con su solicitud.

*“Fecha de Registro en el Plan Medicare Parte D”:* Anote la fecha en que llenó y presentó la solicitud de cobertura bajo el plan para medicamentos.

*“Número de Confirmación de Registro”:* Anote el número de confirmación que le dieron cuando se registró. Si no tiene número de confirmación, póngase en contacto con el Plan Medicare Parte D y solicite uno.

*“Número de Identificación (ID) del Miembro en el Plan Medicare Parte D”:* Algunos planes podrían no emitir este número enseguida. Si usted no tiene número de identificación de miembro indique que el número aún no ha sido emitido y entonces, en su lugar, suministre su número de confirmación de registro.

**Sección IV. Información del Plan del Año Anterior:**

Declare si estuvo inscrito en un Plan Medicare Parte D en el 2006. Si lo estuvo, escriba el nombre del plan. Si no lo estuvo, ¿tuvo Cobertura Acreditada en el 2006? (o sea, ¿tuvo cobertura para medicamentos que Medicare consideró equivalente o mejor que la cobertura de Medicare Parte D?) ¿Recibió verificación por escrito del administrador de su seguro (Certificate of Creditable Coverage) de que tenía “Cobertura Acreditada”?

*“Fecha en que Empieza el Derecho a Medicare”:* Anote la fecha en que adquirió el derecho inicial a los beneficios de Medicare. La fecha aparece en su tarjeta de Medicare.

Por favor léa y firme esta solicitud y la Declaración para el Programa para Pago de Primas Medicare Parte D. Devuelva al programa, por fax o por correo, estas formas completas, junto con una copia de su factura del plan de medicamentos de Medicare Parte D (si la tiene disponible).

Correo: California Department of Health Services, ADAP Section  
MS 7704  
P. O. Box 997426  
Sacramento, CA 95899-7426  
Fax: (916) 449-5883

Nota: Esta no es una solicitud para el programa de ADAP. Esta solicitud es únicamente para ayuda con el pago de la Prima de la Parte D.